令和６年度 道立病院職員採用選考（薬剤師）申込書　（１／２）

年　　月　　日現在

※写真を貼ってください 1　縦 36-40mm 横 24-30mm 2　胸上無背景	試験職種	希望試験会場	氏　名
	薬剤師		（ふりがな）
		試験希望日	
			性　別（※任意記載）

現住所　〒　　－	生年月日
電話番号　自宅・携帯　（　　）	年　　月　　日
現住所以外の連絡先（帰省先等）	（　　歳）
電話番号　自宅・携帯　（　　）	

■　経歴・職歴（中学校卒業後の経歴等を**空白期間が生じないように**記入してください。無職の場合は無職と記入）

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	始　期	終期（見込）
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日
		年　月　日	年　月　日

年	月	免 許 ・ 取 得	〈趣味、特技、好きな学科〉		
			扶養家族数 （配偶者除く） 人	配偶者 有　・　無	配偶者の扶養義務 有　・　無

〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉

※経歴・職歴欄に書ききれない場合はコピーして記載してください。＜Ａ４サイズ：片面で印刷すること＞

令和６年度　道立職員採用選考（薬剤師）　申込書　（２／２）　　＜Ａ４：片面印刷＞

試験職種	希望試験会場	氏名
薬剤師		（ふりがな）

■　志望理由

■　自己ＰＲ

■　配属先に関する希望について

希望する病院を次の中から選択し、以下の番号記入欄に番号を記入してください。

①　羽　幌　病　院　　（羽幌町）	②　子ども総合医療・療育センター　（札幌市）

番号記入欄→

第１希望	第２希望

※　配属を希望する病院の回答が、選考の合否に影響することはありません。

※　採用にあたっては、必ずしも希望する病院に配属とならない場合もあります。

※　合格通知後、合格者に対して採用意向確認等を行いますが、指定した病院を辞退した場合は、採用されないことがあります。